

FICHE ENFANT (1 fiche par enfant)

- Crèche.....
 ÉcoleClasse.....
 ALSH vacances
 ALSH mercredi

NOM DE L'ENFANT Prénom
SEXE M F NÉ (E) LE/...../..... à CP

FILIATION DE L'ENFANT

PARENT 1 NOM d'usage Prénom.....
Né le/...../..... à CP Ville.....
Adresse..... CP..... Ville.....
Tél. fixe Tél.portable Mail
Actuellement sans activité retraité en formation ou en stage étudiant en activité
Si en activité, merci de cocher un cadre d'emploi :
 Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral
Employeur Tél. professionnel

PARENT 2 NOM d'usage Prénom.....
Né le/...../..... à CP Ville.....
Adresse (si différente de celui du père) CP..... Ville.....
Tél. fixe Tél.portable Mail
Actuellement sans activité retraité en formation ou en stage étudiant en activité
Si en activité, merci de cocher un cadre d'emploi :
 Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral
Employeur Tél. professionnel

A NE REMPLIR QU'EN CAS DE SEPARATION DES PARENTS DE L'ENFANT

- Autorité parentale conjointe au père à la mère autre
➤ Résidence de l'enfant chez le père chez la mère garde alternée autre

Attention : En cas de garde alternée, chaque parent doit remplir son propre dossier

A la charge de la mère tous les frais frais des semaines paires frais de semaines impaires

A la charge du père tous les frais frais des semaines paires frais de semaines impaires

Merci de nous communiquer le jugement de séparation.

SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé (e) Veuf (ve) Divorcé (e) Séparé (e)

NOMBRE D'ENFANT (S) Á CHARGE

REGIME ALLOCATAIRE CAF MSA N°

NOM, PRENOM DE L'ALLOCATAIRE

CONTACTS DE LA FAMILLE (personnes majeures), en dehors des représentants légaux

Nom Prénom Lien avec l'enfant
 Autorisé à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence (téléphone)
Nom Prénom Lien avec l'enfant
 Autorisé à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence (téléphone)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccinations obligatoires Oui Non
Asthme Oui Non Allergie alimentaire Oui Non Allergie médicamenteuse Oui Non
Votre enfant est-il - en situation de handicap ? Oui Non

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (lunettes, diabolos...) :

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I) Un projet doit être établi avec le service AED-AESH en cas de maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme), allergie (alimentaire ou médicamenteuse...)

Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant ? Oui Non

Si oui PAI déjà connu des services municipaux PAI non connu ou 1^{ère} demande

DROIT Á L'IMAGE J'autorise la Mairie de Moissac à utiliser l'image de mon enfant (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (affichage, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville) Oui Non

ENGAGEMENTS Je soussigné (e), (nom et prénom)

- Autorise le responsable de l'établissement à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires à l'état de santé de mon enfant,
- Autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon enfant à pied, en transport en commun ou dans un véhicule de service,
- Autorise la Mairie de Moissac à utiliser mon adresse mail dans le cadre de la diffusion d'informations concernant les structures municipales,
- Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations,
- Atteste que mon enfant est/sera assuré en responsabilité civile et extra-scolaire

Numéro de contrat Compagnie d'assurance

-Atteste avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement (documents disponibles sur le site internet de la Ville www.moissac.fr), à retirer au guichet ou à demander par mail),

-Le responsable légal de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et autorise la structure à saisir informatiquement mes données personnelles.

-Et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale ...)

Fait àle.....

Signature du père

Signature de la mère

Signature du représentant légal